

Pubblica Assistenza

CROCE BLU

Gromo -BG

RECAPITI PARENTI O ALTRI ABILITATI

E' indispensabile individuare e segnalare i nominativi di una o più persone di fiducia (parenti, amici, conoscenti, o altri) a cui lasciare le chiavi della propria abitazione, disponibili ad intervenire in caso di chiamata

1) NOME COGNOME

VIA NR. CITTA'

NR. TEL.:prefisso NR. : CELL :

CHI E' HA LE CHIAVI(SI/NO).....

2) NOME COGNOME

VIA NR. CITTA'

NR. TEL.:prefisso NR. : CELL :

CHI E' HA LE CHIAVI(SI/NO).....

3) NOME COGNOME

VIA NR. CITTA'

NR. TEL.:prefisso NR. : CELL :

CHI E' HA LE CHIAVI(SI/NO).....

4) NOME COGNOME

VIA NR. CITTA'

NR. TEL.:prefisso NR. : CELL :

CHI E' HA LE CHIAVI(SI/NO).....

NOTIZIE DI CARATTERE GENERALE

MEDICO CURANTE: Dott. Tel.:

Cell.: (specificare se recapito ambulatorio).....

GUARDIA MEDICA: località Tel.:

SERVIZIO AMBULANZA: Tel.: **118**

ASSIST. DOMICILIARE: Tel.:

ASSIST. SOCIALE: Tel.:

A COMPLETAMENTO DELLE NOTIZIE SOPRA RICHIESTE, RITENGO IMPORTANTE

SEGNALARE QUANTO SEGUE:

.....
.....

INFORMATIVA D.Lgs. 30/06/2003 n. 196: Ai sensi dell' art. 13 del decreto legislativo 30/06/2003 n. 196

("codice in materia di protezione dei dati personali") si informa che i dati personali forniti verranno trattati per la gestione del servizio di telesoccorso. Tali dati non verranno comunicati a nessun altro soggetto.

FIRMA